



© CC © Е. Р. Исаева, А. Д. Бузунова, С. А. Бузунова, 2018
УДК 616-097-036.86-08

Е. Р. Исаева^{1*}, А. Д. Бузунова^{1,2}, С. А. Бузунова²

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия
²«Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Санкт-Петербург, Россия

ПРОБЛЕМЫ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Резюме

Введение. Данное исследование посвящено проблеме ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ-инфекцией и приверженности лечению и диспансерному наблюдению.

Материал и методы. Был проведен клинико-анамнестический анализ 1136 амбулаторных карт и историй болезни пациентов, состоящих на диспансерном учете в СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и направленных на медико-социальную экспертизу. Также с помощью тестовых методов исследованы психосоциальные особенности 76 пациентов, обратившихся к психологу перед началом приема антиретровирусной терапии, и произведена оценка приверженности спустя год с начала лечения.

Результаты исследования. Установлено увеличение доли пациентов на продвинутых стадиях заболевания, учащение выявления ВИЧ в старших возрастных группах. Поздняя диагностика заболевания является причиной временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ-инфекцией. Динамика численности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции нарастает.

Выводы. Мужчинам для принятия решения о диспансерном наблюдении требуется больше времени, чем женщинам. Основная часть пациентов, получающих инвалидность, — мужчины трудоспособного возраста, выявленные или обратившиеся за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания. Женщины более внимательно относятся к своему здоровью, для них характерна более сложная структура приверженности, чем у мужчин. Обнаружены взаимосвязи психологических и соматических характеристик с уровнем приверженности соблюдению врачебных рекомендаций.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, нетрудоспособность, приверженность, инвалидизация, клинико-психосоциальные факторы

Исаева Е. Р., Бузунова А. Д., Бузунова С. А. Проблемы нетрудоспособности и приверженности лечению у ВИЧ-инфицированных пациентов. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 2018;25(3):80–88. DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-80-88.

*Автор для связи: Елена Рудольфовна Исаева, ФГБОУ ВО «СПбГМУ им. И. П. Павлова» МЗ РФ, 197022, Россия, Санкт-Петербург, д. 6-8. E-mail: Isajeva@yandex.ru.

© CC © Е. Р. Исаева, А. Д. Бузунова, С. А. Бузунова, 2018
UDC 616-097-036.86-08

Elena R. Isaeva^{1*}, Alexandra D. Buzunova^{1,2}, Svetlana A. Buzunova²

¹Pavlov University, Russia, St. Petersburg

²Saint-Petersburg State Budgetary Institution of Healthcare «Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases», Russia, St. Petersburg

PROBLEMS OF DISABILITY AND TREATMENT ADHERENCE IN HIV-INFECTED PATIENTS

Summary

Introduction. This study focuses on the problem of early disability of patients with HIV-infection and treatment adherence and dispensary observation.

Material and methods. The clinical and anamnestic analysis of 1136 out-patient records and medical records of patients registered at Saint-Petersburg State Budgetary Institution of Healthcare "Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases" and directed at medical and social examination was carried out. In addition, using the test methods we investigated the psychosocial characteristics of 76 patients who applied to the psychologist before the beginning of antiretroviral therapy, and assessed the treatment adherence a year after the start of treatment.

Results. The results of the study indicated the increase in the proportion of patients at advanced stages of the disease, increased detection of HIV in older age groups. Late diagnosis of the disease is the cause of temporary disability and early disability of patients with HIV infection. The dynamics of the number of disabled persons due to HIV infection increasing. Men need more time to decide on dispensary care than women. The majority of patients with are men of working age, identified or sought medical care at the late stages of the disease. Women are more attentive to their health and have more complex treatment adherence than men. The interrelations of psychological and somatic characteristics with the level of adherence to medical recommendations were found.

Keywords: HIV-infection, disability, adherence, disability, clinical and psycho-social factors

Isaeva E. R., Buzunova A. D., Buzunova S. A. Problems of disability and treatment adherence in HIV-infected patients. *The Scientific Notes of Pavlov University*. 2018;25(3):80–88. (In Russ.). DOI: 10.24884/1607-4181-2018-25-3-80-88.

*Corresponding author: Elena R. Isaeva, Pavlov University, 6-8 L'va Tolstogo street, Saint-Petersburg, Russia, 197022. E-mail: Isajeva@yandex.ru.

ВВЕДЕНИЕ

Вопросы медико-психосоциального сопровождения ВИЧ-инфицированных не теряют своей актуальности. По данным UNAIDS, в мире с начала эпидемии заразились ВИЧ 76,1 млн человек [1]. В РФ общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции на 31 декабря 2016 г. составило 1 114 815 человек [2]. Среди жителей Санкт-Петербурга на 31 декабря 2016 г. выявлено 53 888 случаев ВИЧ-инфекции [3].

За время развития эпидемии представление о данном заболевании претерпело значительные изменения. Начиная с 1980-х гг. ВИЧ-инфекцию описывали как инфекционную болезнь, развивающуюся в результате многолетнего персистирования в лимфоцитах, макрофагах и клетках нервной ткани вируса иммунодефицита человека и характеризующуюся медленно прогрессирующим дефектом иммунной системы, который приводит к гибели больного от вторичных поражений, описанных как синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) [4]. При естественном течении ВИЧ-инфекции до появления антиретровирусной терапии (АРВТ) продолжительность жизни пациентов составляла 10–11 лет. В настоящее время изменилось представление об исходе заболевания. Если АРВТ начата своевременно, то стадия СПИДа может никогда не наступить. Продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных может быть такой же, как в среднем в популяции [5].

В настоящий момент наблюдается выход эпидемии из ключевых групп риска, а преобладающим путем заражения, как в Санкт-Петербурге, так и в целом по стране, становится половой путь передачи заболевания. По данным Санкт-Петербургского Центра СПИДа, если в 2006 г. 88,5 % вновь выявленных пациентов заразились при использовании нестерильных инструментов для введения психоактивных веществ и только 7,5 % – при половых контактах, то в 2016 г. парентеральный путь заражения зафиксирован у 33,9 % пациентов, а половой – уже у 64,8 % [3].

Больше всего заражению подвержено трудоспособное население. В Санкт-Петербурге в 2016 г. пораженность ВИЧ в возрастной группе 35–39 лет среди мужчин составила 4404 на 100 000 человек, а среди женщин – 2079,1 на 100 000. В последние годы наблюдается «старение» эпидемии: сокращается число вновь выявленных случаев в группе до 30 лет и увеличивается число выявленных пациентов в возрасте от 30 до 50 лет [6]. Кроме этого, наблюдается увеличение числа впервые выявленных пациентов на поздних

стадиях заболевания [7]. Из состоящих на диспансерном учете более 52,2 % пациентов находятся на поздних стадиях заболевания. В связи с этим увеличивается число пациентов, имеющих стойкие ограничения жизнедеятельности, нуждающихся в оформлении листа нетрудоспособности и проведении медико-социальной экспертизы [8]. Наибольшее число зарегистрированных случаев смертности ВИЧ-положительных пациентов так же отмечается в возрастной группе от 30 до 50 лет [3]. Лидирующей причиной развития тяжелых осложнений, инвалидности и смертности у больных ВИЧ-инфекцией остаются оппортунистические инфекции и вторичные заболевания, развивающиеся на фоне глубокого иммунодефицита (ВИЧ-медицина, 2012 г.).

Не все последствия ВИЧ-инфекции – это необратимый процесс. Течение ВИЧ-инфекции очень разнообразно и непредсказуемо, проявляется широким спектром возможных осложнений, различной скоростью прогрессирования заболевания и продолжительностью жизни. В настоящее время специалисты различают следующие варианты течения ВИЧ-инфекции: с быстрым развитием оппортунистических и сопутствующих заболеваний, ранней инвалидизацией и преждевременной смертью (так называемый пессимистический сценарий), либо с медленно прогрессирующим, либо стабильным течением заболевания, естественным развитием возрастных изменений в организме, которые можно прогнозировать, длительно наблюдать и эффективно лечить (оптимистический сценарий) [9].

Известно, что своевременно назначенная АРВТ является профилактикой тяжелых оппортунистических инфекций и вторичных заболеваний, а также приводит к восстановлению нарушенной иммунной функции. Несмотря на доступность АРВТ в РФ, отсутствие у пациентов приверженности к диспансерному наблюдению и лечению является основной проблемой в лечении ВИЧ-инфекции. Следовательно, формирование приверженности диспансерному наблюдению и приему АРВТ является важнейшей составляющей в лечебно-профилактических мероприятиях по предупреждению ранней инвалидности и преждевременной смертности у ВИЧ-инфицированных пациентов трудоспособного возраста [10].

Традиционно под приверженностью лечению понимают прием препаратов в строгом соответствии с назначением врача. Такое определение приверженности к лечению носит констатирующий характер и не позволяет судить о том, как достичь

желаемого результата. На практике приверженность лечению представляет собой количественную величину, отражающую поведение человека по отношению к приему лекарств. Ее значение может колебаться от 0 %, когда не принята ни одна доза лекарств, до более 100 %, когда было принято большее количество препаратов, чем рекомендовано. Ограничение задачи формирования приверженности при ВИЧ-инфекции только вопросами соблюдения режима лечения может приводить к позднему началу терапии, так как пациенты могут нарушать режим диспансерного наблюдения, и своевременное начало лечения представляется затруднительным. Приверженность в контексте ВИЧ-инфекции состоит из трех уровней: поддержание своего здоровья, соблюдение режима диспансерного наблюдения, лечение заболевания [11].

Целью исследования стало определение статистики обращений ВИЧ-положительных пациентов по вопросам ограничений жизнедеятельности, изучение индивидуальной оценки соматических жалоб и взаимосвязи психосоциальных характеристик с поддержанием приверженности диспансерному наблюдению и началом приема АРВТ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ данных журналов врачебных комиссий, амбулаторных карт и историй болезни 1136 ВИЧ-инфицированных пациентов, состоящих на диспансерном учете в СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» и направленных на медико-социальную экспертизу.

Исследование клинико-психосоциальных факторов и поддержания приверженности пациента лечению проводилось на базе СПбГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» в 2016 – 2017 гг. В данном исследовании приняли участие 76 человек – 38 женщин и 38 мужчин. Протокол исследования и информированное согласие, предлагаемое пациентам, были одобрены Этическим комитетом ПСПбГМУ им. И. П. Павлова в 2015 г. Все пациенты посещали психолога перед началом приема лекарственной терапии и заполняли психологические тесты-опросники. Контроль поддержания приверженности был проведен через 1 год с момента тестирования. Приверженным пациент считался, если он регулярно посещал своего лечащего врача и выполнял рекомендации по приему лекарственной терапии. Неустойчивая приверженность фиксировалась в том случае, когда пациент нерегулярно приходил на прием к врачу и не всегда соблюдал режим приема АРВТ. Низкий уровень приверженности диспансерному наблюдению и лечению отмечался при отсутствии в диспансерной карте данных о посещении пациентом медицинских специалистов и приеме лекарственных препаратов.

Для достижения поставленной цели использовали клинико-анамнестический анализ амбулаторных карт пациентов, личностный опросник «Большая пятерка» Р. МакКрае и П. Коста, методику «Гиссенский опросник соматических жалоб» в адаптации В. А. Абабкова, С. М. Бабина, Г. Л. Исуринной, методику «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» в адаптации Н. А. Сирота и В. М. Ялтонского.

Методика «Пятифакторный личностный опросник»

Пятифакторный личностный опросник, более известный как «Большая пятерка», был разработан американскими психологами Р. МакКрае и П. Коста в 80-е гг. XX в. В последующем опросник совершенствовался и в окончательном виде в 1992 г. представлен тестом «Нейротизм, экстраверсия, открытость – личностный опросник» [13]. По мнению авторов, для описания психологического портрета личности достаточно 5 независимых переменных: «Нейротизм», «Экстраверсия», «Открытость опыту», «Согласие/доброжелательность», «Сознательность/добросовестность».

В нашем исследовании использовался краткий вариант «Большой пятерки», предложенный СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева, включающий в себя 30 определений. В этом варианте теста используются следующие шкалы: «Эмоциональная стабильность», «Сотрудничество», «Открытость опыту», «Личностные ресурсы» и «Самосознание». На каждый из факторов предложено по 6 определений. Респондентам предлагается оценить, насколько близка им та или иная характеристика, от 1 («Совсем не относится ко мне») до 7 («Полностью относится ко мне»).

Основными полюсами первого фактора являются «Экстраверсия/интроверсия». Высокий балл по данной шкале указывает на высокий уровень экстраверсии, а низкий характерен для интровертов. Показатель по шкале «Экстраверсия/интроверсия» характеризует не только особенности социальной направленности личности, но и некоторые особенности социального поведения и социальной интеракции.

Двумя полюсами шкалы «Самосознание», определяющей второй фактор, являются большой или малый уровень показателя. В данном случае под «самосознанием» понимается волевой компонент личности. При этом высокий «Самоконтроль» рассматривается с точки зрения энергии, затрачиваемой на его поддержание, а не только с точки зрения результативности контроля для коррекции поведения. Человек с высокими оценками по данной шкале отличается способностью к сильному и продолжительному волевому усилию, с высокой мотивировкой своего поведения и достаточно большой педантичностью. Низкие оценки по шкале включают в себя такие свойства личности,

как гедонизм, граничащий с ленью, небрежность, неспособность к длительному волевому усилию, и коррелируют с возможностью антисоциального или социально неодобряемого поведения; человек может характеризоваться снижением или отсутствием моральной цензуры.

Следующая шкала определяет третий фактор — «Сотрудничество», его полюсы: доброжелательность, принимающая установка по отношению к другим людям, с одной стороны, и, в противоположность, агрессивная, интолерантная, доминирующая над другими установка. В отличие от фактора «Экстраверсия», данный фактор характеризует сам характер межличностной интеракции, а не ее напряженность. Высокие оценки по этому фактору свойственны индивидам с высоким уровнем культуры общения, с большой толерантностью по отношению к другим людям, высоким уровнем эмпатии. Также высокие оценки по данному фактору могут указывать на манипулятивные установки испытуемого, так как они предполагают безоговорочное принятие помощи со стороны. Низкие оценки по этой шкале соответствуют циничным, жестоким и чрезмерно агрессивным и доминантным установкам по отношению к окружающим. Также данный фактор имеет свое приложение к ригидным или пластичным установкам по отношению к принятию нового — новых идей.

Четвертая шкала оценивает эмоциональную составляющую и имеет полюса высоких или низких показателей «Эмоциональной стабильности». Данный фактор описывает все свойства эмоциональной сферы человека. Пациента с низкими показателями можно характеризовать как человека импульсивного, неуравновешенного, склонного к аффективным вспышкам, фобическим и депрессивным кризам. Человек с высокими оценками по данной шкале является эмоционально устойчивой личностью.

Последняя, пятая, шкала оценивает «Личностные ресурсы». Можно сказать, что данный фактор учитывает задатки личности и может предоставить информацию о ее склонностях. Высокие баллы по данной шкале характеризуют личность в выгодном свете. Данный человек обладает креативностью, ему свойственно стремление к созиданию и самосовершенствованию, с большой вероятностью, он имеет осознаваемую жизненную цель. Данный фактор показывает, скорее, стремления личности, чем ее актуальное состояние. Низкие баллы, наоборот, свойственны людям приземленным, недалеким, лишенным эстетического чувства, что часто коррелирует с невысоким уровнем интеллекта [14].

Методика «Гиссенский опросник психосоматических жалоб»

Методика предназначена для выявления субъективной картины физических страданий боль-

ных, уровня эмоциональной окрашенности жалоб по поводу физического самочувствия. Впервые предложена Е. Блюхер и Дж. Снер в 1967 г. Адаптация методики проводилась В. А. Абабковым, С. М. Бабиным, Г. Л. Исуриной в 1993 г. на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Опросник состоит из перечня жалоб, относящихся к таким сферам, как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушения функций внутренних органов.

Выявление интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия представляется значимым, так как физическое состояние человека влияет на эмоциональный стереотип поведения. Это следствие влияния соматики на психику. Однако возможно и обратное воздействие, когда сложившийся у личности эмоциональный стереотип поведения накладывает отпечаток на переживание физического состояния. Для описания подобного состояния существует понятие «внутренней картины болезни». В отличие от объективной картины соматических нарушений, субъективный уровень отражает, как человек эмоционально интерпретирует состояние своего здоровья. При этом каждое отдельное ощущение сопровождается субъективным эмоционально окрашенным восприятием, а сумма таких ощущений определяет интенсивность субъективных недомоганий. Суммарная оценка интенсивности эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического состояния образует самостоятельный и весьма значимый фактор, определяющий психический статус личности. Такое восприятие, согласно теории, характерно не только для больных или обратившихся за медицинской помощью людям, но и здоровой личности. Обеспокоенность своим здоровьем в той или иной мере определяется у любого человека, эти переживания привносят в повседневные отношения эмоциональный психосоматический фон.

Психосоматический опросник позволяет регистрировать отдельные жалобы, регистрировать в шкалированном виде 4 различных комплекса жалоб, определять суммарную оценку интенсивности жалоб, склонность к жалобам.

В своей основе методика включает перечень жалоб, относящихся к разным сферам жизнедеятельности: общему самочувствию, вегетативной дисфункции, нарушениям в деятельности внутренних органов. Чисто «психические» жалобы отсутствуют, так как имеется широкий диапазон специальных тестов такого рода. Специально оценивается степень интенсивности недомоганий, на которые жалуется пациент, так как в рамках данного подхода субъективное восприятие тяжести страдания является более значимым, чем

внешняя, более объективная, градация по частоте возникновения.

Методика выделяет 4 основные шкалы и 5-ю дополнительную. В указанные шкалы вошли только 24 пункта опросника из 57. Каждая из 4 основных шкал включает 6 пунктов, 5-я дополнительная шкала представляет собой суммарный показатель и включает все 24 пункта, вошедшие в 4 основные шкалы.

Показатель шкалы «Истощение» (И) характеризует неспецифический фактор истощения, субъективное представление человека о наличии/потере жизненной энергии и потребность в помощи.

Шкала «Желудочные жалобы» (Ж) отражает выраженность нервных (психосоматических) желудочных недомоганий.

Шкала «Боли в различных частях тела» или «Ревматический фактор» (Р) выражает субъективные страдания пациента, носящие алгический или спастический характер.

Шкала «Сердечные жалобы» (С) указывает, что пациент локализует свои недомогания преимущественно в сердечно-сосудистой сфере. Высокий балл по шкале свидетельствует о приписывании себе несуществующих симптомов с целью привлечь внимание или обратиться за помощью.

Шкала «Давление (интенсивность) жалоб» (Д) включает все 24 приведенные выше жалобы и представляет собой интегральную оценку 4 предыдущих шкал. Шкала характеризует общую интенсивность жалоб, «ипохондричность» не в традиционном понимании этого термина, а с точки зрения психосоматического подхода — как «давление жалоб».

Указанные шкалы не отражают клинические синдромы, которые позволяют диагностировать то или иное заболевание. Они представляют собой среднее сочетание субъективно ощущаемых пациентами физических недомоганий.

Анализ полученных показателей у определенной группы пациентов может иллюстрировать механизм диссоциации между объективными клиническими проявлениями болезни и субъективным ощущением тяжести заболевания, о чем свидетельствуют высокие показатели шкал «Истощение» и «Интенсивность жалоб» [13].

Методика «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки»

Психодиагностическая методика «Многомерная шкала восприятия социальной поддержки» («MSPSS») была разработана Д. Зимет в 1988 г. Она включает 3 основных шкалы: 1) «Поддержка семьи»; 2) «Поддержка друзей»; 3) «Поддержка значимых других» — и направлена на диагностику средовых копинг-ресурсов. В 1994 г. Н. А. Сирота совместно с В. М. Ялтонским была проведена русскоязычная адаптация и апробация этой методики.

Шкала представляет собой краткое, измеряемое самосообщение, оценивающее субъективное восприятие социальной поддержки в 12-балльном рейтинге. Шкала предназначена для обследования подростков и взрослых. Она оценивает эффективность и адекватность социальной поддержки по трем аспектам — «Семья», «Друзья» и «Значимые другие». Шкала рассматривается авторами как психометрический зонд с хорошей надежностью, адекватной факторной и конструктивной валидностью, простой для обследования и скрининговый инструмент. Она включает в себя 12 пунктов утверждений, на которые можно дать положительный или отрицательный ответ. Обследуемый должен отметить те пункты, с которыми он не согласен. В зависимости от количества утвердительных ответов проводится подсчет общей оценки восприятия социальной поддержки в баллах по каждому из трех аспектов в отдельности [13].

Статистическая обработка данных была выполнена с применением пакетов программ «Excel» и «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении ретроспективного анализа амбулаторных карт нами обнаружено увеличение средней продолжительности случая временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных лиц в сравнении с общей популяцией. У ВИЧ-положительных пациентов отмечено увеличение средней продолжительности временной нетрудоспособности с 13,8 до 23,8 дня в году в течение 5 лет, в то время как в общей популяции наблюдалось сокращение средней продолжительности временной нетрудоспособности с 15,8 до 14,1 дня. Причины увеличения средней продолжительности случая временной нетрудоспособности у ВИЧ-инфицированных пациентов были, по-видимому, следующие: более тяжелое течение патологических процессов на фоне ВИЧ-инфекции; выявление ВИЧ-инфекции старшей возрастной категории, уже скомпрометированной сопутствующими заболеваниями; выявление ВИЧ на поздних стадиях заболевания; отсутствие приверженности либо позднее начало высокоактивной антиретровирусной терапии.

Длительность временной нетрудоспособности зависела от стадии заболевания, выраженности нарушений (функции печени, иммунной, кроветворения, пищеварения, кровообращения, системных проявлений), эффективности лечения.

Одновременно увеличилось количество обращений по вопросам медико-социальной экспертизы в 4 раза. В 2013 г. число обратившихся составило 215 человек, а в 2016 г. — 847. Кумулятивное число ВИЧ-инфицированных пациентов с проявлениями стойкой нетрудоспособности, получивших инва-

лидность по направлению Санкт-Петербургского центра СПИД, возросло с 523 человек в 2013 г. до 805 человек в 2016 г. Среди ВИЧ-инфицированных пациентов, признанных инвалидами, женщины составляли 352 (43,7 %), а мужчины – 453 (56,3 %). Анализ данных журналов врачебных комиссий, амбулаторных карт и историй болезни 1136 ВИЧ-инфицированных пациентов СПб. Центра СПИД (получивших инвалидность в Центре) показал распределение вклада различных заболеваний и патологических состояний в развитие ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ.

Таким образом, у пациентов, выявленных на поздних стадиях заболевания, не приверженных диспансерному наблюдению и несвоевременно начинающих прием АРВТ, высоки риски развития стойких ограничений жизнедеятельности и трудоспособности. При своевременном начале контроля своего здоровья и приеме лекарственной терапии пациент имеет возможность улучшить показатель своего иммунитета, тем самым повысить способность организма сопротивляться таким заболеваниям, как туберкулез, цитомегаловирус, мононуклеоз, лишай, герпес и т. п. Кроме того, на фоне улучшения состояния иммунной системы повышается и общее самочувствие пациента, снижается астения, восстанавливается свертываемость крови, улучшается состояние кожных покровов и т. д.

При проведении клинико-психологического интервью с пациентами, начинающими прием АРВТ, были получены данные о сроках информированности пациента о своем диагнозе (табл. 2) и принятии им решения о постановке на диспансерный учет (табл. 3).

Большая часть опрошенных – мужчины (n = 26; 68 %) и женщины (n = 23; 62 %) – знали о своем диагнозе более года. Свыше 5 лет о диагнозе ВИЧ знали 37 % (n = 14) мужчин, 34 % (n = 13) женщин.

Женщины (n = 18; 47 %) чаще отмечали, что встали на диспансерный учет сразу, в день получения положительного результата. Мужчины (n = 9; 24 %) в меньшей степени следовали рекомендациям

Таблица 1

Причины инвалидизации ВИЧ-инфицированных пациентов в Санкт-Петербурге, 2008–2015 гг.

Table 1

The reasons of an invalidism of HIV-positive patients in Saint-Petersburg, 2008–2015

Причины инвалидизации	Число пациентов n (%)
Полиневропатии	97 (8,5)
Энцефалопатии	222 (19,5)
Неврологические последствия перенесенных оппортунистических инфекций (парезы, параличи)	326 (29)
Цитомегаловирус	115 (10)
Токсоплазмоз	160 (14)
Вирусные гепатиты	155 (13,6)
Заболевания сердечно-сосудистой системы (поражения сосудов, эндокарда, миокарда, перикарда)	61 (5,4)

врача по постановке на диспансерный учет. При этом достаточная часть мужчин (n = 15; 39,5 %) отмечают, что принимали решение о регулярном наблюдении более чем через год с момента сообщения им диагноза.

При заполнении Гиссенского опросника соматических жалоб пациенты отмечали у себя жалобы, относящиеся к шкале «Истощение», отражающей общий недостаток энергии, слабость, потребность в помощи, многие предъявляли жалобы, носящие алгический и спастический характер. В меньшей степени пациентов тревожили недомогания со стороны желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы (табл. 4).

Женщины чаще, чем мужчины, отмечали, что проблемы со здоровьем беспокоят их в высокой степени. Так, выраженные проблемы, связанные с оценкой своих соматических жалоб, распределились следующим образом: истощение жизненных сил отмечали больше женщины (n = 14; 36 %), чем мужчины (n = 4; 10 %); недомогания со стороны

Таблица 2

Длительность знания пациентов о своем диагнозе

Table 2

Duration of knowledge of patients of the diagnosis

Знание о диагнозе	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)
Менее 1 месяца	5 (13)	2 (5)
От 1 до 6 месяцев	9 (24)	10 (26)
От 6 месяцев до 1 года	–	1 (3)
От 1 до 3 лет	8 (21)	9 (24)
От 3 до 5 лет	3 (8)	2 (5)
Более 5 лет	13 (34)	14 (37)

Таблица 3

Принятие решения пациентами о постановке на диспансерный учет

Table 3

Making decision of patients on statement on clinical account

Постановка на диспансерный учет	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)
В день получения результата	18 (47)	9 (24)
Не позднее 2 недель	9 (24)	9 (24)
Не более чем через 1 месяц	4 (10,5)	4 (10,5)
Не более чем через 6 месяцев	2 (5)	1 (2)
Не более чем через 1 год	1 (3)	—
Более чем через 1 год	4 (10,5)	15 (39,5)

Таблица 4

Субъективная оценка соматических жалоб

Table 4

Value judgment of somatic complaints

Жалобы	Женщины, n (%)	Мужчины, n (%)
Истощение	14 (36)	4 (10)
Желудочные	6 (15)	1 (2)
Ревматический фактор	14 (36)	6 (15)
Сердечные	8 (21)	1 (2)
Общее давление жалоб	10 (26)	2 (5)

опорно-двигательного аппарата также больше беспокоили женщин ($n = 14$; 36 %), чем мужчин ($n = 6$; 15 %). Меньше были выражены проблемы пищеварения и у женщин ($n = 6$; 15 %), и у мужчин ($n = 1$; 2 %), проблемы сердечно-сосудистой системы больше отмечали женщины ($n = 8$; 21 %), чем мужчины ($n = 1$; 2 %). Такое распределение показателей соматических жалоб показало бóльшую внимательность к своему здоровью со стороны женщин, чем со стороны мужчин.

Анализ амбулаторных карт показал, что бóльшая часть пациентов ($n = 66$; 87 %) демонстрировали высокую степень приверженности диспансерному наблюдению и лечению спустя 1 год с момента начала приема лекарственной терапии.

При проведении корреляционного анализа установлено, что приверженность у женщин связана с бóльшим количеством клинических (оценка соматических жалоб), социальных и психологических характеристик, чем у мужчин. В группе женщин обнаружена положительная взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости между приверженностью и готовностью к сотрудничеству ($R = 0,584$; $p = 0,000$), самосознанием ($R = 0,496$; $p = 0,002$), личностными ресурсами ($R = 0,446$; $p = 0,005$), восприятием социальной поддержки со стороны семьи ($R = 0,466$; $p = 0,003$). Кроме этого, умеренная положительная взаимосвязь отмечалась между приверженностью и восприятием

социальной поддержки со стороны значимых других ($R = 0,369$; $p = 0,022$) и эмоциональной стабильностью ($R = 0,364$; $p = 0,025$). Отрицательная корреляционная взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости определялась между приверженностью и общим количеством субъективных соматических жалоб (Гиссенский опросник) ($R = -0,570$; $p = 0,000$).

Для группы мужчин выявлена положительная взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости между приверженностью и личностными ресурсами ($R = 0,543$; $p = 0,000$), умеренные взаимосвязи — с самосознанием ($R = 0,390$; $p = 0,016$) и готовностью к сотрудничеству ($R = 0,329$; $p = 0,041$). Отрицательная взаимосвязь на высоком уровне статистической значимости отмечалась между приверженностью и эмоциональной стабильностью ($R = -0,528$; $p = 0,001$).

Таким образом, исследование показало, что мужчинам для принятия решения о диспансерном наблюдении требуется больше времени, чем женщинам. Обе группы пациентов испытывают физические недомогания, однако женщины в бóльшей степени внимательны к своему здоровью, чем мужчины. Обе группы пациентов демонстрировали высокую степень приверженности диспансерному наблюдению и лечению. При этом для женщин характерна более сложная структура приверженности, чем для мужчин. Женщины лучше сохраняли при-

верженность диспансерному наблюдению и лечению, когда получали высокий уровень социальной поддержки со стороны семьи и значимых близких; были более организованы, открыты принятию нового опыта, умели управлять своими эмоциями и стремились принимать активное участие в построении своей жизни. В то же время выраженное давление соматических недомоганий отрицательно соотносилось с поддержанием режима лечения. В группе мужчин приверженность диспансерному наблюдению и лечению так же, как и у женщин, сохранялась, если когда пациент стремился принимать активное участие в построении своей жизни, был открыт принятию нового, организован, способен к волевому усилию. Однако высокая эмоциональная стабильность мужчин была негативно связана со стремлением поддерживать режим приема препаратов и посещать лечащего врача.

ВЫВОДЫ

1. Ежегодное увеличение доли пациентов на продвинутых стадиях заболевания, учащение выявления ВИЧ в старших возрастных группах, поздняя диагностика заболевания являются причинами временной нетрудоспособности и ранней инвалидизации пациентов с ВИЧ-инфекцией. Динамика численности инвалидов вследствие ВИЧ-инфекции нарастает. Основная часть пациентов, получающих инвалидность, — мужчины трудоспособного возраста, выявленные или обратившиеся за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания.

2. Мужчинам для принятия решения о диспансерном наблюдении требуется больше времени, чем женщинам. Женщины более внимательно относятся к своему здоровью, для них характерна более сложная структура приверженности, чем у мужчин.

3. Обнаружены взаимосвязи психологических и соматических характеристик с уровнем приверженности соблюдению врачебных рекомендаций.

Актуальным направлением исследований в области ВИЧ-инфекции является изучение клинкопсихосоциальных факторов, влияющих на приверженность пациента лечению. Уделяя значительное внимание формированию приверженности диспансерному наблюдению и лечению у ВИЧ-инфицированных, можно добиться профилактики ранней инвалидизации, преждевременной смертности и изменить сложившийся сценарий развития стойких ограничений жизнедеятельности данной категории пациентов.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сидибэ М. Информационный бюллетень / ЮНЭЙДС, 2017. — 10 с. URL: www.unaids.org (дата обращения 22.10.2018).

2. ВИЧ-инфекция Информационный бюллетень / В. В. Покровский, Н. Н. Ладная, О. И. Тушина, Е. В. Буравцова; Федеральный науч.-метод. Центр по профилактике и борьбе со СПИДом. — 2017. — 56 с. URL: www.hivrussia.ru (дата обращения 22.10.2018).

3. Беляков Н. А., Рахманова А. Г. ВИЧ/СПИД сегодня и рядом: пособие для людей, принимающих решения / под ред. Н. А. Белякова, А. Г. Рахмановой. — СПб.: Балт. Мед. образоват. центр, 2014. — 94 с.

4. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева, О. Г. Юрин; под общ. ред. В. В. Покровского. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2003. — 486 с.

5. Информационный бюллетень «ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге по состоянию на 01.07.2016 г.» / О. В. Пантелеева, Н. А. Бембеева, Т. М. Волкова; Санкт-Петербург. Центр СПИД. — 2017. — 12 с. URL: <http://www.hiv-spb.ru/inf-bulletin-6-2017.pdf> (дата обращения 22.10.2018).

6. Рассохин В. В., Бузунова С. А., Врацких Т. В. и др. Проблема старения и инвалидизации ВИЧ-инфицированных пациентов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. — 2015. — Т. 7, № 1. — С. 7–15.

7. Гусев Д. А., Бузунова С. А., Яковлев А. А. и др. Сопутствующие заболевания и факторы риска их развития у больных ВИЧ-инфекцией старше 40 лет // Журн. инфектол. — 2017. — С. 40–45.

8. Гусев Д. А., Леонова О. Н., Бузунова С. А. Медико-социальная экспертиза при ВИЧ-инфекции // Журн. инфектол. — 2017. — Т. 9, № 4. — Прил. 1. — С. 89–90.

9. Беляков Н. А., Рассохин В. В., Трофимова Т. Н. и др. Коморбидные и тяжелые формы ВИЧ-инфекции в России // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2016. — № 8 (3). — С. 9–25.

10. Вирус иммунодефицита человека — медицина / под ред. Н. А. Белякова и А. Г. Рахмановой. — СПб.: Балт. мед. образоват. центр, 2010. — 697 с.

11. Покровский В. В. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией (клинический протокол) / О. Г. Юрин, А. В. Кравченко [и др.]. — М., 2015. — 205 с.

12. Васильюк Ф. Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). — М.: Москов. ун-т, 1984. — 200 с.

13. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология: учебник. — СПб.: Питер, 2002. — 960 с.

14. Абабков В. А. Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка ее эффективности: метод. реком. / СПб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В. М. Бехтерева; авт.-сост.: В. А. Абабков [и др.]. — СПб., 2007. — 50 с.

REFERENCES

1. Sidibe M. Informational Bulletin / UNAIDS. 2017. 10 s. URL: www.unaids.org.

2. Pokrovskiy V.V. HIV Informational Bulletin // Federal'nyy nauchno-metodicheskiy Centr po profilaktike i bor'be so SPI-Dom // Pokrovskiy V.V., Ladnaya N.N., Tushina O.I., Buravtsova E.V., 2017. 56 s. URL: www.hivrussia.ru.

3. Belyakov N. A., Rakhmanova A. G. VICH/SPID segodnya i ryadom. Posobie dlya lyudei, priniyayushchikh resheniya [HIV/AIDS today and next. Manual for decision-makers] St. Petersburg, Baltic Medical Education Center, 2013 (In Russ.).

4. Pokrovskiy V.V., Ermak T.N., Belyayeva V.V., YUrin O.G. VICH-infektsiya: klinika, diagnostika i lecheniye

[HIV infection: clinic, diagnostics and treatment] / Pod red. V.V. Pokrovskogo. – М.: G-EOTAR MEDITSINA, 2000. (In Russ.).

5. Panteleeva O.V., Bembeeva N.A., Volkova T.M. Informatsionnyy byulleten' «VICH-infektsiya v Sankt-Peterburge po sostoyaniyu na 01.07.2016 g.» [Informational Bulletin "HIV infection in Saint-Petersburg 2016.]. Sankt-Peterburgskiy Tsentр SPID. 12 p. <http://www.hiv-spb.ru/inf-bulletin-6-2017.pdf> (In Russ.).

6. Rassokhin V.V., Buzunova S.A., Vratskikh T.V., Panteleeva O.V., Toropov S.E., Totrova Z.M., Golubkin A.A., Orlov G.M., Belyakov N.A. Problema stareniya i invalidizatsii VICH-infitsirovannykh patsientov [The problem of aging and invalidization of HIV infected patients. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*], 2015, Vol. 7, No. 1: 7-15 (In Russ.).

7. Gusev D. A., Buzunova S. A., Yakovlev A. A., Musatov V. B., Glyzhina L. V., Bykov S. A., strebkova EA, Nagimova F. I., Bulatova T. N., Kononchuk O. N., Yapparov R. G., Zaitsev S. V., Zapolsky V. N., Chernova O. E., Plotnikova Y. B. K., Rosenberg, V. Y., E. I., Mironova, Katyagina M.G. Sopotstvuyushchie zabolevaniya i faktory riska ikh razvitiya u bol'nykh VICH-infektsiye starshe 40 let. [Comorbidities and their risk factors in patients with HIV infection older than 40 years]. *Journal of infectious pathology*. 2017: 40-45 (In Russ.).

8. Gusev D.A., Leonova O.N., Buzunova S.A. Mediko-sotsial'naya ekspertiza pri VICH-infektsii [Medico-social examination in HIV infection] *Journal of infectious pathology*, volume 9, No. 4, Annex 1, 2017: 89-90 (In Russ.).

9. Belyakov N.A., Rassokhin V.V., Trofimova T.N., Stepanova E.V., Panteleyev A.M., Leonova O.N., Buzunova S.A., Konovalova N.V., Milichkina A.M., Totolyan A.A. Komorbidnyye i tyazhelye formy VICH-infektsii v Ros-

sii [Advanced and comorbid HIV cases in Russia] *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2016, Vol. 8, № 3: 9-25 (In Russ).

10. Belyakov N. A., Rakhmanova A. G. Virus immunodefitsita cheloveka – meditsina. [Human immunodeficiency virus – medicine: a guide for physicians.]/ Pod red. N.A.Belyakova i A.G.Rakhmanovoy. SPb.: Baltiyskiy me ditsinskiy obrazovatel'nyy tsentr, 2010. 697 p. (In Russ).

11. Pokrovskiy V.V., Yurin O.G., Kravchenko A.V. Natsional'nye rekomendatsii po dispansernomu nablyudeniyu i lecheniyu bol'nykh VICH-infektsiye (klinicheskiy protokol) [National recommendations for dispensary observation and treatment of patients with HIV infection (Clinical protocol)]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni. Aktual'nye voprosy – Epidemiology and Infectious Diseases. Current Items*. 2015; 6: 120. (In Russ.).

12. Vasilyuk F.E. Psikhologiya perezhivaniya (analiz preodoleniya krizisnykh situatsii) [Psychologic Experiences (Analysis of Overcoming Crisis Situations)]. Moscow, 1984. 200 p. (In Russ.).

13. Karvasarskii B. D. Klinicheskaya psikhologiya: uchebnyk [Clinical psychology: the Textbook]. SPb, Piter, 2002. – 960 p. (In Russ.).

14. Ababkov V.A. Razrabotka metodiki interpersonal'noy psikhoterapii dlya lecheniya nevroticheskikh rasstroystv i otsenka eye effektivnosti: Metodicheskiye rekomendatsii [Development of techniques of interpersonal psychotherapy for the treatment of neurotic disorders and the evaluation of its effectiveness: guidelines] / SPb. nauch.-issl. psikhonevrol. int-t im.V.M.Bekhtereva; Avtory-sost.: i dr. SPb., 2007. 50 p. (In Russ.).

Дата поступления статьи 14.11.2017 г.

Дата публикации статьи 30.08.2018 г.